

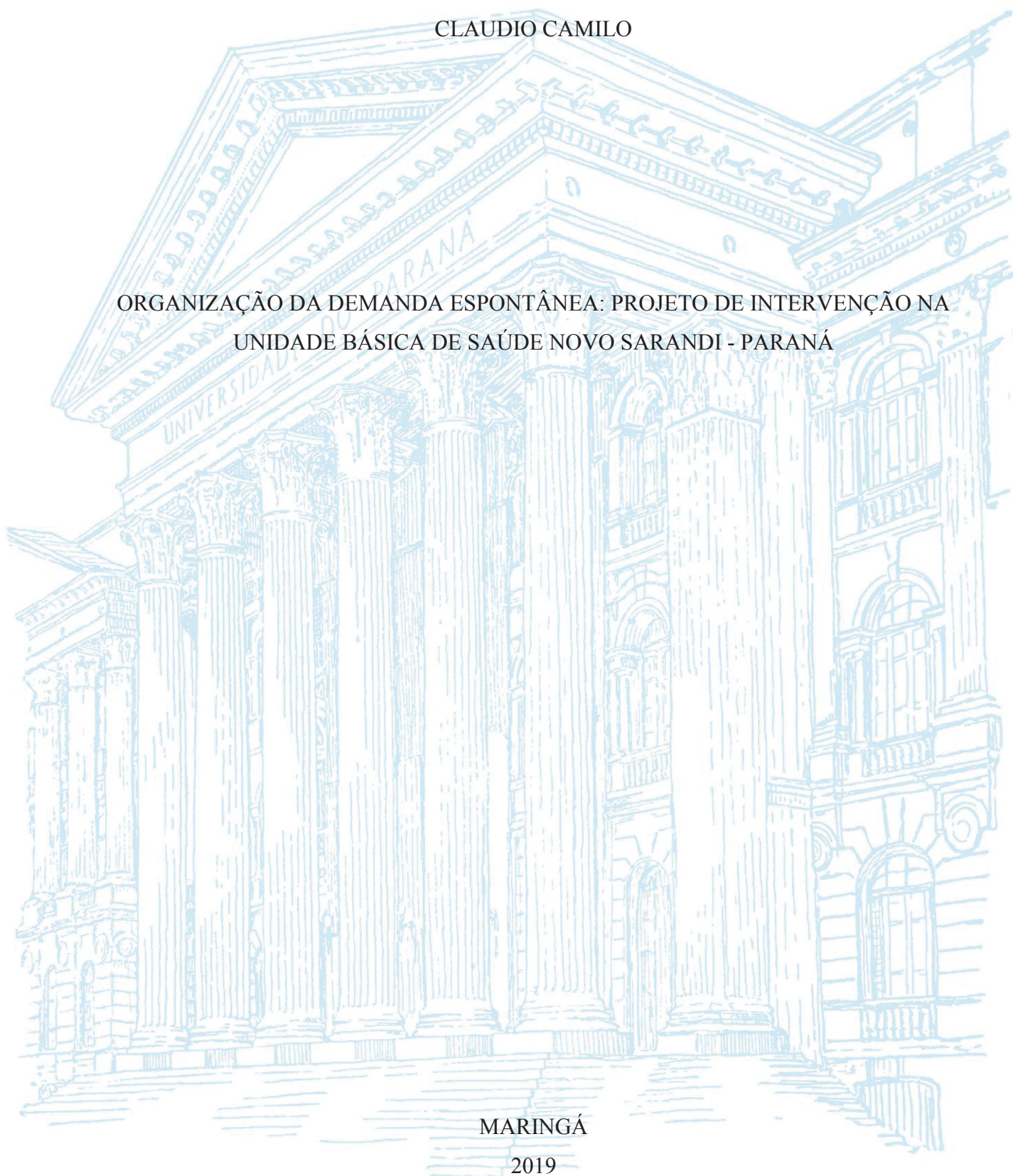
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CLAUDIO CAMILO

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NOVO SARANDI - PARANÁ

MARINGÁ

2019



CLAUDIO CAMILO

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NOVO SARANDI – PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador(a): Prof(a). MSc. Lais Carolini Theis

MARINGÁ

2019

RESUMO

O presente estudo trata-se de um trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade Federal do Paraná (UFPR), por meio de um plano de intervenção em uma modalidade de pesquisa-ação. O objetivo deste trabalho foi operacionalizar o processo de organização da demanda espontânea afim de melhorar o atendimento da clientela na Unidade de Saúde Novo Sarandi, Distrito da cidade de Toledo – Paraná. Este trabalho arraigado aos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde, surge a partir das observações e inquietudes diante dos conflitos do atendimento da demanda programada diante a demanda espontânea. Para tanto, buscou-se a promoção de uma intervenção, por meio da colaboração dos recursos humanos da Unidade de Saúde. Evidenciou-se a otimização do fluxo de atendimento, bem como a ampliação do acesso e qualidade dos serviços oferecidos aos usuários locais face as limitações de aos serviços de saúde, diante as condições sociais da população local do distrito e ao transporte público oferecido a população local para o acesso preciso na cidade de Toledo-PR.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde;

ABSTRACT

This study is about the completion of a Specialization Course in Primary Care offered by the Open University of SUS (UNASUS) in partnership with the Federal University of Paraná (UFPR), through an intervention plan in a modality of action research. The objective of this work was to operationalize the spontaneous demand organization process in order to improve the care of clients in the Novo Sarandi Health Unit, District of Toledo - Paraná. This work, rooted in the doctrinal and organizational principles of the Unified Health System, arises from observations and concerns regarding the conflicts of meeting scheduled demand against spontaneous demand. Therefore, an intervention was promoted, through the collaboration of the Human Resources of the Health Unit. It was evidenced the optimization of the flow of care, as well as the expansion of access and quality of services offered to local users in view of limitations of health services, given the social conditions of the local population of the district and the public transportation offered to the local population for accurate access in the city of Toledo-PR.

KEYWORDS: Family Health Strategy; Primary Health Care; Health Services Administration; Health Management; Unified Health System;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS ABRANGÊNCIAS	7
1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	8
2. METODOLOGIA.....	9
3. OBJETIVO	11
3.1. OBJETIVO GERAL:	11
3.2. OBJETIVO ESPECIFICO	11
4. ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO: FERRAMENTAS EM TRANSFORMAÇÕES..	12
4.1. MAS O QUE É ACOLHIMENTO?	14
4.2. O QUE É HUMANIZAÇÃO?	16
5. DEMANDAS: ESPONTÂNEA E PROGRAMADA	18
6. RESULTADOS	20
6.1. ETAPA 1: IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA:	20
6.2. ETAPA 2: RECONHECIMENTO; FATOS SOBRE O PROBLEMA E PESQUISA DA LITERATURA;	21
6.3. ETAPA 3: PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES PARA SOLUÇÃO DO PROBLEMA.....	23
6.4. ETAPA 4: PROCESSO DE EXECUÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO;	25
6.5. ETAPA 5: MONITORAMENTO EM TERMO DE EFICÁCIA DA SOLUÇÃO DO PROBLEMA;.....	26
6.6. ETAPA 6: AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DAS AÇÕES;.....	26
6.7. ETAPA 7: APERFEIÇOAMENTO DO PLANO E MUDANÇAS CASO NECESSÁRIO:.....	26
6.8. ETAPA 8: FASE CONCLUSIVA.....	27
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de um trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade Federal do Paraná (UFPR), por meio de um plano de intervenção em uma modalidade de pesquisa-ação.

O estímulo para o desenvolvimento deste plano de intervenção se embasa pela experiência vivida pelo presente autor em sua realidade, enquanto médico de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio das observações e inquietudes diante dos conflitos do atendimento da demanda programada diante a demanda espontânea, na Unidade de Saúde de Novo Sarandi, este Distrito da cidade de Toledo – Paraná.

A Unidade Básica de Saúde do Distrito de Novo Sarandi, localiza-se na cidade de Toledo, oeste do Paraná, e possui uma população cadastrada e ativa. Esta é resultado de uma relação de fortalecimento constante e de equilíbrio entre a equipe multiprofissional da Estratégia da Saúde da Família juntamente com a comunidade local na promoção da saúde, do bem-estar e da prevenção das doenças.

O Distrito de Novo – Sarandi, criado pela Lei Municipal nº 17, de 06 de julho de 1953, consiste em uma microrregião do município de Toledo – Paraná, região Oeste Paranaense. Entende-se como distrito municipal a “divisão territorial e administrativa – comporta serviços públicos como educação e saúde (...), com área urbana e rural. A área rural dos distritos é chamada de localidades ou linhas. Além dos distritos (...) as linhas as localidades ou também chamadas de vilas” (TOLEDO, 2016, p.70-71).

Localizado na região do Oeste Paraná, o Distrito de Novo Sarandi está estimado em 33 Km da cidade de Toledo – PR. Possui uma população estimada em 2.632 habitantes, de um total de 119.313 pessoas. Sendo 11.054 na área rural e 108.259 na área urbana, conforme o último Censo Demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O Distrito de Novo Sarandi, possui uma economia baseada na produção agropecuária, especialmente na produção pecuária, aves e peixes e na produção agrícola, especialmente no cultivo de soja, milho, feijão e trigo. O comércio local é estruturado possuindo em seu centro comercial “mercado, posto de gasolina, pizzeria, lanchonete, confecções, bar, mercearia, cerâmica, mecânica, entre outros estabelecimentos (...). Sua principal festa é a do Leitão a Sarandi, no mês de março, evento realizado com a mobilização de toda a comunidade local” (IMOBILIÁRIA PANORAMA, 2018).

Com traço peculiar por sua distância da sede administrativa, o Distrito de Novo Sarandi apresenta uma boa estrutura municipal de serviços para a comunidade local, como uma escola, uma administração distrital, um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) e uma Unidade de saúde. Uma característica presente entre a população local é a sua representatividade política, com uma organização comunitária atuante e crítica, que impulsiona a gestão à buscar caminhos e soluções para os problemas locais, principalmente na área de saúde para com a comunidade. Uma vez que, o Distrito elegeu como vereadora e representante na Câmara Municipal de Toledo –PR, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS).

Ainda, cabe salientar a positividade da gestão municipal pela preocupação em estar presente no Distrito atuando na comunidade, buscando soluções profiláticas para os problemas socioeconômicos, de saúde e de educação, demonstrando um posicionamento efetivo e participativo, por meio de reuniões com os representantes locais no desenvolvimento de projetos de forma a solucionar os problemas da população.

Não obstante, reconhecer os aspectos socioculturais e econômicos local, constitui-se fator determinante a pensar as ferramentas condicionantes à promoção para o projeto de plano de intervenção a ser realizado, que é a implementação da demanda espontânea e demanda programada. Dessa forma, esta pesquisa repousa seu objetivo na promoção de um projeto de intervenção na modalidade de pesquisa-ação para a resolução da organização na gestão de conflitos das demandas de atendimento afim de otimizar o fluxo de atendimento dos usuários de saúde.

O reconhecimento da necessidade de fazer mudanças é um sentimento de fazer parte do problema e assumir com o grupo que compõem na Unidade Básica de Saúde (UBS) a responsabilidade de promover uma ação na otimização do processo de demandas no acolhimento e atendimento do cliente na UBS Novo Sarandi, afim de resolver o problema que agrava na gestão da UBS e sua clientela, que é a demora no atendimento ao cliente.

Por fim, para uma melhor compreensão do projeto a ser delineado, se faz necessário por meio do contexto apresentando compreender as interfaces para com a saúde local por meio de sua rede de atenção à saúde e suas abrangências e seu perfil epidemiológico. A seguir, apresentará uma breve consideração da rede de atenção à saúde e suas abrangências e o perfil epidemiológico local.

1.1 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS ABRANGÊNCIAS

A rede de atenção à saúde na área urbana está estruturada por 08 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo ESF Jardim Concórdia, ESF São Francisco, ESF Jardim Europa, ESF Jardim Panorama, ESF Santa Clara IV, ESF Jardim Pancera, ESF Cosmos, ESF Cesar Parque; 04 Unidades Básica de Saúde, sendo UBS Jardim Porto Alegre, UBS Vila Industrial, UBS Jardim Coopagro, UBS Jardim Maracanã / CAIC, ainda encontra-se em fase de estrutura UBS Panorama II E Vila Paulista. Ademais de 01 Farmácia Escola e um Centro de Saúde.

A cidade de Toledo – PR, conta com dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo a UPA Dr. Jorge Milton Nunes no bairro Vila Pioneiro um Mini-hospital (TOLEDO, 2018). E possui 03 Hospitais, sendo o Hospital Dr. Campagnolo, Hospital Costa Oeste (HCO) e o Hospital Bom Jesus (HOESP), todos localizados no centro. Possui também 02 Centros de Revitalização Da Terceira Idade (CERTI).

Além da rede de saúde urbana, temos a rede de saúde no interior, zona rural do município. Destacando por apresentar 01 secretaria de saúde, 05 unidades móveis e 09 Unidades Básica de Saúde. O Distrito de Novo Sarandi possui uma Unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF), ligada a rede Municipal e estadual de atendimento à saúde, sendo que é responsável pelo mapeamento, acolhimentos e procedimentos básicos da Estratégia de Saúde da Família.

Ademais, os profissionais que a compõem Unidade de Saúde Distrito de Novo Sarandi são 1 Médico Clínico geral, 1 Médico de Saúde da Família do Programa Federal Mais Médicos, 1 Enfermeiro, 3 Técnicos de Enfermagem de 6 horas, 1 Assistente Administrativo, 4 Agentes Comunitários, sendo um Agente em Licença para exercer mandato parlamentar, 1 Motorista e 1 Auxiliar de Serviços Gerais.

1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O Distrito de Novo Sarandi possui rede de infraestrutura de saneamento básico, água encanada, escoamento sanitário, limpeza e drenagem de lixo e águas pluviais (TOLEDO, 2010) e estima-se que 99% da população local possui residência própria com energia elétrica. Caberia enfatizar que somente uma pequena parcela da população trabalha como empregados domésticos, pois a maioria são autônomos.

Pensar essas características é determinante para a construção de um perfil epidemiológico. Pois a grande parte da população local busca a UBS por doenças de caráter de atenção primária e secundária, como hipertensos e diabéticos, gripes, resfriados, alergias,

conjuntivite e acidentes corriqueiros do dia-a-dia, como o uso inadequado de ferramentas na zona rural.

Além das doenças mencionadas e agravos descritos acima, destaca do ponto de vista epidemiológico na Unidade de Saúde de Novo Sarandi os transtornos mentais. Ainda assim, conforme o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (TOLEDO, 2017), as doenças do aparelho circulatório continuam representando a principal causa de mortes no município de Toledo, com destaque para o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral como hemorragia isquêmica.

As Neoplasias em segundo lugar de causa de óbitos, sendo que as principais neoplasias encontradas foram de traqueia, brônquios e pulmões, seguido de colo reto, anus e próstata. Como terceira causa de óbitos temos as causas externas, com acidentes de trânsito, homicídios, quedas e suicídios. Em quarto lugar os problemas respiratórios como pneumopatias e doenças crônicas das vias aéreas inferiores. E em quinto lugar estão os óbitos por doenças do aparelho digestivo como as doenças relacionadas ao fígado.

2. METODOLOGIA

Para subsidiar o processo metodológico, este trabalho constitui-se por uma abordagem qualitativa por se trata de uma pesquisa social enquanto processo que busca a concepção de novos conhecimentos da realidade social (MINAYO, 2001; GIL, 2008), por meio de um plano de intervenção em uma modalidade de pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011).

Entende-se por pesquisa-ação,

um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2011, p. 20).

Na visão de Tripp (2005, p.447) a pesquisa-ação “requer ação tanto nas áreas da prática quanto da pesquisa, de modo que, em maior ou menor medida, terá características tanto da prática rotineira quanto da pesquisa científica”.

No entanto, para além de uma mudança da prática rotineira, propõem-se uma intervenção participativa, enquanto dispositivo de transformação onde a “mudança é consequência da produção de outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p.71).

Para concebermos a mudança enquanto consequência dessa produção (ROCHA; AGUIAR, 2003), isso implica-nos o reconhecimento da realidade local de modo participativo entre o pesquisador e o pesquisado, uma “justaposição” concebida em um processo de interação onde busca-se mudanças de determinado problema a McKay e Marshall (2001).

Deste modo a pesquisa-ação-participativa nesse trabalho revela-se enquanto uma expressão do pesquisador em buscar e/ou evidenciar respostas aos problemas locais dos pesquisados diante suas atividades e/ou atos que delineia a construção de sua realidade, permeado por meio de um embasamento empírico para com a prática no desenvolvimento de ações coletivas transformadoras (THIOLLENT, 2011)

Como fonte de pesquisa, foi realizada uma análise de referencial teórico bibliográfico, por meio de livros, teses e artigos, em estruturação de embasamento empírico para com aplicabilidade de um plano-intervenção no processo de organização da demanda espontânea diante as agendas de consultas programadas.

O plano de intervenção desenvolvido utilizou-se de uma pesquisa-ação de McKay e Marshall (2001) embasada por um método constituído por 8 etapas, sendo: Etapa 1: Identificação do Problema; Etapa 2: Reconhecimento; Fatos sobre o problema e pesquisa da literatura; Etapa 3: Planejamento das atividades para solução do problema; Etapa 4: Processo de execução/implementação; Etapa 5: Monitoramento em termo de eficácia da solução do problema; Etapa 6: Avaliação dos efeitos das ações; Etapa 7: Aperfeiçoamento do plano e mudanças caso necessário, e por fim Etapa 8: Fase conclusiva.

Para uma melhor compreensão dos 8 passos a serem seguidos, vejamos uma fluxograma adaptado abaixo:

Os 8 passos de uma pesquisa-ação



Adaptação das 8 etapas do método formulado por McKay e Marshall (2001)

Importante ressaltar que caso a Etapa 4 seja implementada com sucesso, onde o problema tenha sido resolvido, será possível passar diretamente para a Etapa 8, fase conclusiva.

3. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GERAL:

Operacionalizar o processo de organização da demanda espontânea afim de otimizar o atendimento do cliente na UBS Novo Sarandi – PR.

3.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Diminuir tempo de espera do cliente;
- Conciliar a agenda de consultas programadas com a demanda espontânea;
- Ordenar por escala de prioridades os procedimentos e exames;
- Otimizar o fluxo da demanda programada;

4. ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO: FERRAMENTAS EM TRANSFORMAÇÕES

O acolhimento e a humanização são elementos de integralidade ao cuidado do paciente nas práticas do serviço de saúde. Para pensarmos estas práticas, implica-nos um olhar diante a transformação do processo de construção do acesso aos serviços de saúde ao longo da história brasileira, que teve como marco histórico a Constituição Brasileira de 1988, redefinindo o modelo de prestação, segurança e assistência social (BRASIL, 1988).

Por sua vez, a Constituição Brasileira de 1988 define o direito ao acesso a saúde e suas ações e serviços, resguardando em seus artigos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Arraigado aos princípios do direito ao acesso a saúde por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, à Declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional de 1978, que reafirma sobre os cuidados primários da saúde como um direito humano universal e à Reforma Sanitarista na década de 1970 (SOUTO, OLIVEIRA, 2016) no Brasil, a Constituição Brasileira de 1988 transformou o marco jurídico-institucional dos debates sobre um sistema de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), garantindo aos cidadãos brasileiros o direito ao acesso a saúde, na medida em que regularizou-se o processo de ações e prestações de serviços de saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerado um dos maiores sistemas de prestação de saúde pública no mundo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e regulamentada por meio do DECRETO 7.508 de 28 de Junho de 2011 (BRASIL, 2011a). A Lei de criação do SUS dispõe sobre a

regulamentação das ações e práticas dos serviços de saúde em seu processo de organização, atribuições e competências, princípios e diretrizes. Ainda na mesma década, foi criada a Lei nº8.142, de 28 de Dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), onde dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde.

Não obstante, para Nascimento e Zioni (2010, p.203) o SUS manifestou-se enquanto um movimento insurgente de um “certo caráter de resistência ao movimento de exclusão” diante as mazelas socioculturais, as insegurança e fragilidade política que o país vivenciava. Este período demarcou para além do processo de institucionalização político do Estado brasileiro, uma crise no processo de sistematização de políticas públicas, como o SUS, revelando-se enquanto um Sistema excludente em seu modo de operar e produzir ações eficazes.

Ao longo processo de implementação do Sistema Único de Saúde, ainda que demarcada na VIII Conferência Nacional de Saúde 1986 (BRASIL, 1986) a necessidade de uma reforma mais profunda, para além de uma reforma administrativa e financeira, almejando por uma ampliação do conceito de saúde e suas diretrizes institucionais, somente na década de 1990 que inicia-se a partir da IX Conferência Nacional de Saúde 1992 (BRASIL, 1992), o discurso e o pensar sobre a prática do “acolhimento”, ação de transformação social que ganha mudança nos serviços de saúde.

Para além, é a partir da XI Conferência Nacional de Saúde em 2000 (BRASIL, 2000), cujo tema central é “Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, que o debate sobre acolhimento se intensifica por meio do acesso humanizado, por isso a necessidade de pensar estas duas ações enquanto ferramentas que se complementam e articulam-se na integralidade ao cuidado do paciente.

Não obstante, este período de 2000-2002, diante XI Conferência Nacional de Saúde, assinalou uma crise estrutural nos serviços de saúde diante o modelo econômico vigente, onde os usuários reivindicavam o que eram por direito “atenção com acolhimento e de modo resolutivo” enquanto os profissionais, “por melhores condições de trabalho” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.389).

Como estratégia democratização do governo face ao dinamismo as novas políticas econômicas e sociais instauradas, cria-se em 2003 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - Humaniza SUS (PNH) (BRASIL, 2003), que tem por objetivos colocar em práticas as competências, atribuições e objetivos do SUS. A política de humanização visa construir um

método de estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários onde haja uma interação entre esses grupos gerando uma construção de processos que envolvem um atendimento mais humanizado no qual serão compartilhados planos de ação para promover e disseminar inovações no modo de fazer saúde. Quando se cria uma relação melhor com o foco em entender a importância do papel de cada membro, os usuários não são apenas pacientes e os trabalhadores não só cumprem ordens, e assim, juntos, tornam um SUS mais humanizado que reconhece cada pessoa como cidadão de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção da saúde (REDEHUMANIZASUS, 2014).

Nesta nova fase, a política de humanização passar a ganhar novos espaços e debates instaurando a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), que compreende a humanização “como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (...) nos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL, 2004, p.06-07).

Sem mais, para uma melhor compreensão do debate proposto, apresentara-se a seguir, conceitos norteadores de acolhimento e humanização que permita-nos visualizar uma melhor compreensão do debate proposto ao desenvolvimento desta pesquisa-ação, que recai sobre o processo de implementação da demanda programada diante a demanda livre. Uma vez que as práticas de acolhimento e humanização se fazem necessárias e determinantes para a implementação das demandas às resolubilidade de boas práticas de gestão e organização para com a comunidade.

4.1. MAS O QUE É ACOLHIMENTO?

O acolhimento é um termo polissêmico que possui uma gama de significação que permite ao leitor uma possibilidade de (re)orientação à aplicabilidade de um conceito desejado à sua realidade. Esta pesquisa parte da premissa de que o acolhimento, enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), é um ato de acolher, um

processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2008, p.14).

Ainda de acordo com Ferreira (1975, p.27), acolher significa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir”. Nesse contexto, o

acolhimento implica-nos em suas múltiplas faces, repensar a prática de se promover e/ou ampliar a interação/comunicação da equipe de saúde para com o usuário e a comunidade.

Não podemos entender o acolhimento como o ato isolado e/ou de troca de favores, ou simplesmente pela boa receptividade ou uma boa conversa entre o profissional da saúde para com o usuário. O acolhimento é comprometedor, é trazer para si a compreensão das causas apresentadas pelo nosso usuário e sabe-las transforma-las e aplica a resolubilidade.

Nessa perspectiva o acolhimento constitui-se enquanto uma ação de inclusão que possui três processos constitutivos, enquanto um “mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, (...) como postura, atitude e tecnologia de cuidado, (...) como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe” (BRASIL, 2013, p.21-22).

Estes processos traz à luz pensar a prática e o ato de acolher, pelo princípio da reciprocidade (SABOURIN, 2008), no faz nos colocar no lugar do outro, entendendo suas mazelas e aproveitando a oportunidade para promover a sua autoestima, acalmar a sua ansiedade, oferecer saúde e desenvolver a capacidade do usuário entender o seu processo de convalescência dentro de um sistema, organizando para lhe oferecer a melhor solução, com destreza e pro-atividade.

Não obstante, se faz necessário diferenciar a prática da “triagem” para com “acolhimento”. Sendo que a triagem

é uma separação, escolha, seleção, ou seja, um funcionário da unidade ouve a queixa do paciente e seleciona para qual profissional da unidade ele irá encaminhá-lo enquanto que acolhimento é a humanização dos serviços de saúde. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2009, s/p).

Outrossim, o acolhimento como ato de inclusão possui como diretriz de maior relevância ético/estético/política, enquanto base constitutiva no modo de se produzir saúde, conforme destaca a Política Nacional de Humanização do SUS (2010)

- ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010 p.06).

Estas diretrizes são determinantes no modo de operar a prática do acolhimento do usuário, no saber ouvir e entender o outro, ser capaz de nortear, referenciar e envolver toda

equipe interdisciplinar, multidisciplinar nos cuidados dispensados de maneira a promover a integralidade na qualificação do atendimento em por uma resolubilidade.

Compreende-se que na maioria das vezes, o usuário procura a Unidade Básica de Saúde, porque ele quer uma resposta para alguma situação que lhe provoca o desconforto, seja ela em relação a saúde física, emocional, social e até mesmo econômica.

Por isso, se faz necessário o comprometimento dos profissionais de saúde no modo de operar os processos de acolhimento por uma integralidade no ato acolher este usuário, procurando olhar holisticamente e em nenhum momento fazer acepção ou discriminação em relação ao seu modo de pensar, de vestir, e/ou agir, assim como por sua raça, cor, posição social, cultural, econômica e/ou opção gênero, entre outros.

O acolhimento não nos permite julgar, mas sim oferecer soluções, nortear as mais diversas situações que são apresentadas no dia- a dia, pressupondo agilidade face os protocolos e qualidade sob a óptica da humanização.

4.2. O QUE É HUMANIZAÇÃO?

A humanização assim como o acolhimento constitui-se enquanto um termo polissêmico cuja variação de significação permite a permeabilidade do seu significado fazer parte em diferentes práticas e/ou exercício político, social e cultural. Diante as transformações socioculturais ao longo da nossa história vivencia-se constantemente a necessidade de qualificar a humanização na prática do atendimento nos serviços de saúde (WALDOW; BORGES, 2011).

Para além de uma visão espacial de significados institucionais sobre a prática de humanização, sinaliza-se dentro da prática do acolhimento a sistematização da ação de humanização. Uma diretriz da Política Nacional de Humanização, enquanto estratégia de democratização e reorganização setorial na promoção do direito do acesso e universalidade à saúde. Trata-se de uma estratégia de inferência enquanto uma arte “estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde” (BRASIL, 2004, p.8).

Compreendendo a humanização entre os vários sentidos possíveis, Freire (2005) no apresenta uma categorização das ações de humanização enquanto vocação negada, a partir da categoria de desumanização, uma constatação em que

ambas, na raiz de sua inconclusão, que os inscreve num permanente movimento de busca. Humanização e desumanização, dentro da história, num contexto real, concreto, objetivo, são possibilidades dos homens como seres inconclusos e

conscientes de sua inconclusão. Mas, se ambas são possibilidades, só a primeira nos parece ser o que chamamos de vocação dos homens. Vocação negada, mas também afirmada na própria negação. Vocação negada na injustiça, na exploração, na opressão, na violência dos opressores. Mas afirmada no anseio de liberdade, de justiça, de luta dos oprimidos, pela recuperação de sua humanidade roubada (FREIRE, 2005, p.16)

Essa perspectiva de humanização freiriana (FREIRE, 2005) na contemporaneidade implicar um olhar para o outro a partir de si mesmo, uma conduta de base humanista em movimento nas transformações de um mundo globalizado e uma sociedade capitalista, cujo modelo de saúde privatista contrapõe ao modelo sanitarista por uma saúde pública universalista. Uma mudança no modo de operar as práticas e serviços de saúde diante novos dispositivos de qualificação de acessibilidade da não negação aos usuários na prestação dos serviços de saúde.

Enquanto política pública, a humanização constitui-se enquanto diretriz de método a modificar o quadro de desqualificação do oprimido, por uma crítica às transformações as mazelas da precariedade e da opressão dos trabalhadores e do usuários ao acesso a saúde.

Deste modo, a ação do acolhimento enquanto diretriz operacional, “se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços.” (RIOS, 2009, p.09).

O atendimento humanizado promove no usuário a autoconfiança, proporciona segurança e fortalece o vínculo entre o gestor, o colaborador e o usuário na medida em que se constrói um processo de acompanhamento, envolvendo as equipes de assistência direta multiprofissional e as equipes de apoio no atendimento deste usuário. Sendo assim, a humanização proporciona liberdade ao usuário através da confiabilidade.

Ainda, compreende-se a humanização enquanto ferramenta de gestão, “pois valoriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais” (BATTISTELLA, 2009, p.05). Para oferecer cuidados, é preciso escutar, acolher, sistematizar o cuidado, é preciso estar presente, colocar no lugar do outro.

A humanização no cuidado requer conhecimento, entrosamento, saber referenciar o próximo, na medida em que se tenha o domínio do saber conduzir situações e saber gerenciar conflitos. Uma forma de “manter uma associação entre as formas de produzir saúde e as formas de administrar os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade” (LOPES; VILAR; MELO; FRANÇA, 2015, p.115).

5. DEMANDAS: ESPONTÂNEA E PROGRAMADA

Ao falarmos de demanda e buscarmos por uma definição desta palavra, torna-se impossível não falarmos da oferta. A demanda apresenta uma significação polissêmica, cuja este trabalho recairá em compreendê-la enquanto um ato de procura por um bem e/ou serviço, afim de possuir ou se apropriar daquilo que se precisa adquirir, daquilo que se faz necessário para sanar uma dificuldade, satisfazer um desejo, uma necessidade de ter ou possuir.

Enquanto a oferta é compreendida como um serviço ou um produto que está sendo disponibilizado para o consumo. Este serviço e/ou produto apresentam peculiaridades determinantes que caracteriza o chamado da procura “demanda” pela “oferta”. Ou seja oferecer ao consumidor um bem de qualidade, que esteja disponível para adquirir.

Pensar estas duas práticas, implicar em compreender todo um sistema de recursos humanos, jurídico, financeiro e de qualidade dando o suporte para que este bem de serviço seja ofertado no mercado para o consumo e que haja uma demanda para adquirir.

Não obstante, se pesando as práticas de demandas na saúde, verificamos que vem aprimorando cada vez mais o sistema de atendimento ao usuário, através da organização das equipes multiprofissional e interdisciplinar que se interagem para atuar no processo de saúde-doença do usuário.

Estes profissionais interagem por uma integralidade da oferta do serviço de saúde à demanda dos usuários, visando promover a sistematização da saúde. Como exemplo, compreende-se a atuação da Estratégia de Saúde da Família organizando a população por meio da divisão da territorialização no registro de cada usuário, conforme preconiza o protocolo do Ministério da Saúde, para disponibilizar um atendimento no melhor tempo possível e de qualidade para todos os usuários.

Esta prática de sistematização dos serviços de saúde compreende umas das ações da atenção básica, cuja caracterização é compreendida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017, s/p), enquanto um:

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

À luz das diretrizes estabelecidas pela Portaria 2.488 (BRASIL, 2011b) na regulamentação sobre Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o desenvolvimento do processo de trabalho e a organização na sistematização dos serviços de saúde implica os profissionais gestores de saúde a otimização de recursos, espaço e tempo para uma melhor qualificação dos serviços prestados aos usuários, assim como aos recursos humanos disponíveis.. Esta perspectiva permite compreender a necessidade de implementação organizacional da demanda programada diante a demanda espontânea.

A organização do processo de demanda programada diante a demanda espontânea revela-se enquanto processo reorganizacional da promoção universal ao acesso ao Sistema Único de Saúde. Uma vez entendida a demanda programada (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006) enquanto aquela que é agendada previamente e/ou antecipadamente, promovendo um ato ou efeito na organização para uma melhor oferta e qualidade do serviço de saúde à sua universidade de acesso a todos os usuários.

Diferente da demanda programada, a demanda espontânea repousa sobre os usuários que por algum motivo inesperado comparece a unidade de saúde em busca de solução para seu estado clínico. Mas porque acolher a demanda espontânea da atenção básica, haja vista a existência de uma demanda programada? Conforme preconiza o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) devemos acolher por alguns motivos, primeiro porque

é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. (...) A segunda razão é que os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, inclusive com as modalidades de tecnologias leveduras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. (...) Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. São momentos em que se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. (...) Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. (...) Além disso, ao atender à demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requerem invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço (BRASIL, 2013, p.20-21).

Compreender a integralidade da oferta de ambas demandas em seu processo de sistematização na organização dos serviços de saúde nas diferentes práticas ofertadas em uma unidade de saúde, se faz necessário uma qualificação constante ao atendimento ao usuário. É

necessário que haja todo um preparo e treinamento da equipe multiprofissional que esteja diretamente ligada ao atendimento, seja desde a entrada do usuário na unidade de saúde até o seu momento de saída.

Permeia-se a necessidade de conhecer a realidade do seu território de trabalho e sua população, é preciso se interagir com as famílias, fortalecer o vínculo, saber fazer uma escuta qualificada, promover reuniões com os representantes do local onde se está inserido.

Para que se tenha um equilíbrio na oferta e para que se tenha uma demanda estruturada, se fazendo necessário o comprometimento de querer prestar o atendimento, de querer resolver as situações e oferecer a solução em seu referencial e matriciar.

Como exemplo, compreende-se a necessidade por uma tomografia de crânio, onde o colaborador marca a consulta e o usuário passa com o profissional médico; este profissional vê a necessidade de solicitar novos exames, onde o administrativo marca-os conforme agenda disponível, preconizando todo protocolo de risco do Ministério da Saúde, informando a data, o horário e o local para o usuário; Por sua vez, o usuário realiza o exame, se apropria do laudo e retorna a UBS, por meio de uma nova consulta programada, trazendo o resultado para o médico, onde o mesmo trata ou encaminha para outras especialidades.

Desta forma, verifica-se um ciclo organizacional de qualificação ao atendimento, no acompanhamento e monitoramento por uma equipe de saúde até que o ciclo finaliza-se. A demanda só será eficaz quando é acompanhada do início ao fim do processo de tratamento do usuário, em uma interação satisfatória de resultados (VELLOSO, 2012).

6. RESULTADOS

O plano de intervenção desenvolvido utilizou-se de uma pesquisa-ação de McKay e Marshall (2001) embasada por um método constituído por 8 etapas, sendo:

6.1. ETAPA 1: IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA:

A demanda tornou-se objeto de estudo e discussão pelos colaboradores da Unidade de Saúde da Família do Distrito de Novo Sarandi, Município de Toledo, Paraná, a partir do momento em que diante de conflitos internos podemos identificar e reconhecer a existência de um problema na gestão organizacional dos colaboradores para com os usuários de serviços de saúde.

O aumento de reclamações e descontentamento dos usuários diante a demora no agendamento das consultas médicas devido acúmulos de consultas pré-agendadas, tornou-se um dos grandes fatores que levou ocasionalmente conflitos internos. Compreende-se que esse fator gerou situações de conflitos entre os usuários e os colaboradores.

Os colaboradores acabavam sendo acometidos por estresse emocional, desgaste físico, doenças psicossomáticas e depressão assim como conflito de gestão de recursos humanos, o que acabou gerando afastamentos de colaboradores de suas atividades laborais. Outrossim, um desconforto também gerado repousa sobre aos usuários de saúde que buscavam a Unidade Básica de Saúde para o agendamento e em sua maioria, levavam algum tempo para conseguirem uma consulta médica de forma acessível e rápida para as patologias que vivenciavam no momento.

Demonstra-se também que os pedidos de transferências de colaboradores da Unidade Básica de Saúde para outras UBS são gritantes, sendo que essa rotatividade acaba sobrecarregando os demais colaboradores, dificultando a organização e manutenção dos serviços da equipe multidisciplinar, gerando falta de coesão, bem como um procedimento operacional organizado e eficaz.

A morosidade é um fator a ser levado em consideração para o desenvolvimento das atividades laborais e na organização dos projetos que define as linhas de trabalho e norteiam o atendimento a nosso usuário final.

Desse modo, identificar um problema significa para além de ser algo ruim, uma atividade que os permite ajudar e identificar ações eficazes para aquilo que pode ser melhorado a alcançar resultados positivos, otimizando tempo-espço, gestão de pessoas e recursos econômicos.

6.2. ETAPA 2: RECONHECIMENTO; FATOS SOBRE O PROBLEMA E PESQUISA DA LITERATURA;

O reconhecimento e a identificação de fatores o problema (RIBEIRO, 2016) se deu por meio da vivência direta enquanto Médico Saúde da Família do Programa Mais Médico, onde atuo desde o mês de Maio de 2018 na Unidade Básica de Saúde do Distrito de Novo Sarandi, Município de Toledo – Paraná.

O reconhecimento se dá por meio de um processo de observação (SANTOS; ARAUJO; BELLATO, 2016) “in loco” diante os conflitos que estavam sendo gerado diante a constante procura por consultas médicas pelos usuários saúde do Distrito local. Uma vez

que ainda não existia a organização da demanda livre na Unidade Básica de Saúde, sendo somente a demanda programada.

Dessa forma, muitos usuários possuem somente como recurso o acesso a serviços de saúde na cidade de Toledo. Este constitui enquanto um fator que demandava resposta a comunidade local. Pois a distância em quilometragem entre o Distrito e a Sede Administrativa Municipal, dificulta aos usuários o acesso aos serviços de saúde do município.

O transporte é um fator ser elencado, como horários das linhas comerciais são escassas e muito espaçadas durante o dia, impossibilita o acesso a exames e consultas especializada, assim como aos serviços de urgências e emergências do Município, tais como a UPA e Núcleo de Atendimento DR. Jorge Milton Nunes (Mini Hospital), a 20ª Regional, Farmácia do Estado e Farmácia Escola e Sede da Secretaria de Saúde.

O fator de risco social, baixa renda e a questão econômica nacional, são fatos determinantes a promoção ao acesso e qualidade ao bem-estar dos usuários de saúde, pois a maioria das famílias depende do transporte público e uma pequena parcela tem meio de locomoção próprio. Isto faz com que a procura por atendimento na Estratégia Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde de Novo Sarandi seja aumentada, na busca por atendimentos de Urgência e Emergência.

Diante esses fatos, compreende-se a necessidade de reavaliar o fluxo de atendimento ao usuário da Estratégia da Saúde da Família (FIGUEIREDO, 2015), buscando alinhá-lo de maneira a torná-lo mais rápido e eficaz, busco sanar conflitos entre colaboradores e os usuários finais na medida em que tendem a diminuir os conflitos e a busca constante direta a Unidade Básica de Saúde.

Além disso, podemos evitar situações que vão além, pois diante os conflitos, filas de espera e/ou a não possibilidade de atendimento, muitos usuários acabam diante o estresse buscando evidenciar aos meios de comunicações locais em nossa cidade, assim como denúncias na Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde. Assim, busca-se de forma coerente e coesa a promoção e gestão organizacional do acesso a saúde (LORENZETTI; LANZONI; ASSUITI; PIRES; RAMOS, 2014) assim como o bem-estar dos colaboradores e usuários.

Ao perceber a gravidade e a necessidade da população na procura de atendimentos de consulta médica na demanda espontânea, relatei nas reuniões, que ocorre de formas quinzenais com a equipe multifuncional, a possibilidade de reorganização da agenda médica dividindo a demanda livre e as consultas programadas em 50% cada (BRASIL, 2013).

Desta forma passamos a reorientar nossas percepções para com os fatos ocorridos buscando fortalecer e estimular o compromisso no acolhimento e qualidade de atendimento,

visando assistência sistematizada no tratamento da saúde e doenças do usuário, dando uma rápida resposta a seus anseios, otimizando o tempo e custos, minimizando e extinguindo situações de conflitos (FIGUEIREDO, 2015).

6.3. ETAPA 3: PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES PARA SOLUÇÃO DO PROBLEMA;

Visando diminuir conflitos gerados entre usuários e colaboradores da unidade de básica de saúde de Novo Sarandi, devido ao aumento da procura de consultas médicas, realizamos uma reunião com a equipe multifuncional na primeira semana do mês de agosto de 2018, com a enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma ACS, um auxiliar administrativo, um serviços gerais, um médico da saúde da família e um motorista.

Nesta primeira reunião trouxemos em pauta a necessidade de estudarmos uma forma de atender os novos usuários, que buscam a UBS para agendar consultas médicas em um tempo mais rápido e acessível. Desta maneira todos da equipe tiveram a liberdade de fazer os apontamentos e sugestões; onde relataram suas críticas e queixas apresentando seus descontentamentos e vontade de mudar a realidade local; após ouvir a equipe, compreendemos que para que possamos diminuir os conflitos e descontentamentos entre usuários e colaboradores se faz necessário uma ação estratégica onde contemplasse a agenda médica espontânea e agenda médica programada, melhorando o fluxo tanto para o Médico, como para o serviço administrativo e de enfermagem.

Para finalizar esta reunião pedimos a todos os colaboradores presentes que estudassem sobre o assunto da demanda e oferta para a próxima reunião, que todos pudessem estar inteirados do assunto e apresenta-se uma resposta.

Na reunião realizada na segunda quinzena de setembro de 2018, referente a pauta de organizacional da demanda livre e espontânea, ouvimos a opinião de todos e podemos entrar em um consenso de implementação de uma agenda médica de demanda espontânea e programada, onde a demanda espontânea contemplaria 50% das consultas médicas.

Sendo as consultas de demanda programada, as de puericultura, pré-natal, puerperal, hiperdia (troca de receita), controladas. Já as consultas espontâneas são aquelas que na hora da chegada deverão ser avaliadas pelas Equipes de enfermagem, sendo avaliados como casos de atendimento prioritários: gripes, faringites, crise de tosse, crises hipertensivas, acidentes domésticos e outros.

Ficou definido e esclarecido nesta reunião que este método seria uma ótima opção para atender os usuários e minimizar os conflitos. Dessa forma, marcamos uma reunião para outubro de 2018, para apresentação de um diagnóstico situacional para a implementação de uma ação estratégica.

Embora tudo estivesse de acordo com o previsto, fiquei surpreso com a opinião de alguns colegas da equipe multidisciplinar, que mesmo vivenciando situações conflituosas com os usuários em relação a dificuldade de absorção da demanda médica na Unidade, se posicionaram contra, preferindo continuar com a agenda programada. Ao analisar este posicionamento chegamos ao consenso a resistência em se promover uma mudança, pois se dava pela insegurança em relação ao medo daquilo que é novo e não vir a dar certo.

Estes colaboradores que eram a minoria, mesmo enfrentando conflitos com usuários encontravam-se numa zona de conforto. Todavia mesmo diante essa resistência encontrada, buscamos fundamentar e explicar cuidadosamente as vantagens em relação ao novo método de trabalho.

Além do mais estaríamos reorganizando o fluxo e minimizando o tempo de espera do usuário para o atendimento pela consulta médica. Cabe ressaltar aqui o cuidado em não deixar o usuário confundir nosso atendimento como se fosse um pronto atendimento (UPA), uma vez que não é esse o nosso objetivo. Para que isso não aconteça é necessário que todos da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família tenha o conhecimento do assunto e compreenda os critérios e protocolos para a sua aplicabilidade levando em consideração a qualidade do atendimento.

Na reunião da primeira semana de Novembro de 2018, onde estava reunidos a equipe multiprofissional de saúde, após retomamos o assunto sobre a implementação das demandas, todos colaboradores passaram a demonstrar preparados e seguros para o início da implementação da nova agenda de atendimento.

Não obstante, durante essa reunião a enfermeira nos comunicou que sairia de férias e que após seu período de férias não retornaria a trabalhar na Unidade Básica de Saúde de Novo Sarandi. Diante esta situação, nos vimos obrigados a esperar a contratação de um novo profissional enfermeiro, que por sua vez chegou somente no mês de Março de 2019.

Na segunda quinzena do mês de Março de 2019, com a presença da nova enfermeira tivemos uma reunião com todos os presentes da Unidade Básica de Saúde. Para nossa surpresa o enfermeiro que veio de outro município já havia trabalhado em sua UBS com este tipo de agenda, demanda livre e espontânea, o que facilitava de imediato iniciar a experiência da agenda programada com a agenda e espontânea. Dessa forma, já na primeira semana do

mês de Abril demos início a execução e implementação de ambas demandas, com agenda programada 50% e agenda espontânea 50%.

6.4. ETAPA 4: PROCESSO DE EXECUÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO;

Para implementação do novo método de atendimento através da agenda médica programada e agenda médica espontânea, se fez necessário que todos os membros da equipe multiprofissional da ESF estejam preparados para seguir os critérios e que tenham conhecimento dos dois tipos de demandas. Assim como que todos tenham o compromisso para o bom acolhimento do usuário.

Desta forma a implementação iniciou no mês de Abril de 2019, com coordenação da enfermeira que já tinha experiência por já ter atuado em outra UBS no qual utilizava este método na ESF. A implementação foi realizada de forma gradativa, sem causar grande impacto ao usuário.

Na fase de implementação continuamos com a agenda programada e paralelamente trabalhamos agenda espontânea até organizarmos o fluxo a duração de 4 semanas, sem afetar ou causar danos no atendimento do usuário. De forma que as agendas de demanda livre e espontânea ficassem da seguinte maneira:

AGENDA DEMANDA PROGRAMADA E ESPONTÂNEA					
Dias da Semana	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
Horário/C onsultas Período da manhã	7 agendamentos /5 livres	6 agendamento s/6 livres	8 agendamentos/ 4 livres	07 crianças/5 livres	Manhã de estudo – Especializaç ão Mais Médico
Horário/C onsultas Período da tarde	5 puericulturas e 09 livres	6 gestantes e 09 livres	5 agendamentos e 06 livres	Visitas Domiciliares	Manhã de estudo – Especializaç ão Mais Médico
Horário/C onsultas Período da noite					

Não obstante, durante todo o mês de abril foi possível perceber de forma rápida uma reposta positiva dos usuários que buscam a Unidade Básica de Saúde diante o processo de implementação das demandas espontânea e programada.

6.5. ETAPA 5: MONITORAMENTO EM TERMO DE EFICÁCIA DA SOLUÇÃO DO PROBLEMA;

Após a implementação realizada no mês de Abril de 2019 até o mês de Setembro do corrente ano, onde já se passaram 6 meses, podemos verificar que a experiência está sendo ímpar, todos os colaboradores e usuários se adaptaram as novas situações, promovendo um bem-estar a ambas partes e provocando maior resultabilidade as situações do dia-a-dia.

Este método de trabalho requer o compromisso de todos da equipe multiprofissional da ESF. O cuidado com a agenda médica é um comprometimento e está delegado a princípio a equipe de enfermagem, mas também repousa ao setor administrativo agendar desde que comunique ao técnico ou enfermeiro. Dessa forma a interação e a integração entre todos os membros da equipe é um fator primordial e determinante que permite o andamento multidisciplinar.

6.6. ETAPA 6: AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DAS AÇÕES;

Ao vivenciarmos este novo método na ESF de Novo Sarandi, através da reorganização do fluxo de atendimento ao usuário, pela agenda médica espontânea e agenda médica programada, podemos perceber melhorias no desenvolvimento nas atividades laborais pelos nossos colaboradores e a diminuição de atestados e afastamentos. Assim como, uma otimização no fluxo de usuários que buscam a unidade local, trazendo-lhes respostas de forma rápida e eficaz as suas demandas.

Dessa forma, eleva-se o nível de satisfação do usuário em relação ao atendimento, na medida em que diminuíram consideravelmente os conflitos gerados entre o usuário e os colaboradores. O tempo de espera por consulta para o paciente é na maioria das vezes resolvido no mesmo dia em tempo recorde, desta forma que o atendimento se torna de qualidade e eficaz, proporcionando satisfação ao usuário. Isto fortalece a ordenação do cuidado sistematizado oferecido pela otimização do tempo de espera e custo.

6.7. ETAPA 7: APERFEIÇOAMENTO DO PLANO E MUDANÇAS CASO NECESSÁRIO:

Até o presente momento não se fez necessária maiores aperfeiçoamento no plano executado, nem mesmo mudanças necessária. Não obstante, cabe salienta o interesse constante da equipe multidisciplinar em trazer repostas as demandas necessárias, buscando sempre a clareza na comunicação interna e integração de todos os membros.

6.8. ETAPA 8: FASE CONCLUSIVA.

O projeto foi considerado concluído no mês de Setembro de 2019. O que observa-se um processo de otimização no fluxo de atendimento e qualidade oferecida na marcação de consultas entre usuário e colaborador.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta trabalho traz à luz uma proposta de intervenção, realizada na Unidade de Saúde de Novo Sarandi, Toledo –PR, com o objetivo de implementação da demanda espontânea e programada, afim de otimizar e melhor o fluxo de atendimento aos usuários. Esta prática repousa sobre o princípio igualitário do Art.196 da Constituição Federal de 1988, em que a “saúde é um direito de todos e dever do estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário por meio de ações e serviço para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s/n).

Enquanto Médico do Programa Mais Médicos, criado 2013 pelo governo de Dilma Rousseff, “tendo como um dos objetivos suprir a carência desses profissionais nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades” (OPAS, s/n), temos um papel fundamental na atuação e transformação nos municípios carentes em Atenção de Saúde Básica.

Por meio de ações de interação para com as famílias, temos o acesso em conhecer a maneira de como cada grupo vive, observando os elementos necessários, condicionantes e determinantes para a promoção da qualidade de vida. Por meio das interações multidisciplinares para com as famílias, torna-se possível identificar várias condições de saúde-doença na Atenção Básica na medida em que nos permite trata-las de forma preventiva, minimizando a grande procura nas Unidades de Pronto atendimento (UPA), e superlotações para internamentos nos hospitais.

Diante a proposta de intervenção na Unidade de Saúde de Novo Sarandi, por meio da implementação de demanda espontânea e programada, percebo que a procura pelo

atendimento de atenção básica na Estratégia de Saúde da Família, vem aumentando consideravelmente devido a qualidade proporcionada pelo novo método de atendimento oferecido aos usuários.

Ainda cabe ressaltar que quando estruturamos um atendimento à população, mantendo uma equipe multiprofissional coesa e comprometida, facilitamos a chegada deste usuário até a porta de entrada da Unidade Básica de Saúde, assegurando a acessibilidade no atendimento, através de acolhimento humanizado, na medida em que proporciona uma resposta rápida e eficaz. Visando sempre a ordenação na assistência holística e sistematizada do cuidado, levando em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde, a igualdade, a equidade e a universalidade direito do cidadão.

Assim sendo, demonstra que o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional de saúde, é sério e engajado; são profissionais cada vez mais capacitados para desenvolver as políticas públicas de saúde, através do atendimento nos protocolo de hiperdia, gestantes e tantos outros preconizados pelo Ministério da Saúde.

Outrossim, compreende-se como fator determinante para o bom atendimento da população o acolhimento em nossas Unidade Básica de Saúde, pelos nossos colaboradores. Promover a interação por meio do diálogo na medida em que se desenvolva um relacionamento confiável, profissional e ético para com o usuário. Sempre demonstrando interesse em resolver ou dar uma resposta para aquilo que veio solicitar, quando não conseguir encaminhar para o local onde terá o resultado por aquilo que busca. Isto promove a confiança e qualifica o atendimento ao usuário.

Um dos fatores que me motivou para esta pesquisa foi em relação ao alto número de procura por consultas médicas por demanda espontânea. Uma vez que já havia um cronograma de consultas já agendadas de longa data. Percebemos a necessidade de mudar este cenário, uma vez que gerava muitos conflitos entre usuário e colaboradores, dificultando as ações dos colaboradores na Unidade de Saúde.

Observamos a importância e a necessidade de estabelecer um fluxo e otimizar o atendimento ao usuário, oferecendo uma resposta rápida e eficaz aos seus anseios, melhorando o tempo de espera. Em virtude dos fatos mencionados, a conciliação da agenda médica de consultas programadas com a demanda espontânea foi um desafio para a equipe multiprofissional de saúde para dar uma resposta a população.

Todavia, esse fato não foi motivo de empecilho para iniciarmos este trabalho na reorganização do fluxo do atendimento, através de estudos, reuniões e capacitações dos

colaboradores, buscando um consenso entre os colaboradores à propor a população um novo método de atendimento.

Desta forma, buscamos ordenar as escalas de prioridades, os procedimentos, os exames, os grupos de atendimentos da agenda programada, sem causar danos ao usuário na medida em que introduzindo o novo método de atendimento.

A experiência tem sido ímpar ao observamos a satisfação dos nossos usuários. Uma das ferramentas para saber se o nosso trabalho foi e/ou está sendo eficaz, é a atuação do nosso agente comunitário nas visitas domiciliares sempre trazendo um feedback positivo. O retorno positivo reflete também sobre os colaboradores que vem trabalhando de forma mais satisfeita e com quase zero de situações de conflitos que ocorria na recepção.

Portanto compreende-se os resultados através da otimização do tempo do usuário, gastos financeiros, transportes, diminuição de situações de animosidades. Fatores estes que contribuíam para a insegurança falta de confiança no nosso trabalho e desqualificação do nosso atendimento.

Ainda cabe ressaltar para futuras ações, a organização de um plano de intervenção para promoção da ampliação do horário de atendimento na Unidade Básica de Saúde, conforme já vem ocorrendo em algumas Unidades de Saúde. Compreende-se que o entendimento no horário ampliando para atendimento ao usuário, abrangeria a população que trabalha durante o dia e não tem condições de fazer um acompanhamento da saúde preventiva durante o dia. Por sua vez, essa ampliação de horário implicaria ajustes da organização da demanda espontânea e demanda programada, assim como nos recursos humanos disponíveis, como também econômicos, conforme vem sendo propiciado pelo governo federal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATTISTELLA, L. R. Prefácio. In: Rios, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v.9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005

BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**. 2011a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 21 agosto 2019.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. 1990a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 21 agosto 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. 1990b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 21 agosto 2019.

BRASIL. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde 1986**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 22 agosto 2019.

BRASIL. **Relatório final - Carta da IX Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 22 agosto 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. **Relatório Final XI Conferência Nacional de Saúde - O Brasil falando como quer ser tratado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 15 agosto 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 18 agosto 2019.

BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 18 agosto 2019

BRASIL. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Qual a diferença entre triagem e acolhimento?**. São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-a-diferenca-entre-triagem-e-acolhimento/?l=pt_BR>. Acesso em: 20 agosto 2019

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 27 agosto 2019

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 27 agosto 2019

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FIGUEIREDO, EN. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. São Paulo: Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de São Paulo; 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERANTONI, Célia Regina. **O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora**. Physis, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 83-97, July 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312006000100006>.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IMOBILIÁRIA PANORAMA. **Conheça um pouco dos 9 distritos de Toledo**. 2018. Disponível em <<http://blog.imobiliariapanorama.com.br/conheca-9-distritos-de-toledo/>>. Acesso em: 15 agosto 2019.

LOPES, Adriana Santos et al. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, Mar. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040563>.

LORENZETTI, Jorge et al. **Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.23, n.2, p.417-425, June 2014 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>.

McKAY, J.; MARSHALL, P. **The Dual Imperatives of Action Research**. Information Technology & People, v. 14, n. 1, p. 46-59, 2001. <http://dx.doi.org/10.1108/09593840110384771>

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

NASCIMENTO, Paulo Roberto do; ZIONI, Fabiola. **O Sistema Único de Saúde como observatório de direitos universais: uma reflexão a partir das Ciências Sociais**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 32, p. 199-205, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100016>.

OPAS-BRASIL. **Folha informativa - Programa Mais Médicos**. Brasília: 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:folha-informativa-programa-mais-medicos&Itemid=347>. Acesso em: 26 setembro 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata**. URSS: Alma-Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, ONU. **Declaração Universal Dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações, 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wpcontent/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

REDEHUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS**. 2014. Disponível em: <redehumanizasus.net/86512-politica-nacional-de-humanizacao-da-atencao-e-gestao-no-sus/>. Acesso em: 15 agosto 2019.

RIOS, Izabel Cristina. **Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, June, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>.

RIBEIRO, Elton Vitoriano. **Reconhecer-se reconhecendo: o problema do reconhecimento enquanto questão Antropológica, Ética e Política**. In Síntese Revista de Filosofia, Belo Horizonte, v. 43, n. 137, pp. 387-400, Set./Dez., 2016.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v.23, n.4, p.64-73, dez. 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jul. 2019.

SABOURIN, Eric. **Marcel Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade**. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo, v.23, n. 66, p. 131-138, Feb. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092008000100008>.

SANTOS, Paula Renata Miranda dos; ARAUJO, Laura Filomena Santos de; BELLATO, Roseney. **O campo de observação em pesquisa sobre a experiência familiar de cuidado**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, e20160055, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300215&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Sept. 2019. Epub June 14, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160055>.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v.40, n.108, p. 204-218, Mar. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa - ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TOLEDO, Prefeitura Municipal de. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021**. Toledo: Secretária Municipal de Saúde, 2017.

TOLEDO, PREFEITURA MUNICIPAL DE. **Conhecendo Toledo, O Nosso Município**. Secretária municipal de Educação, 2016. Disponível em: <http://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/livro_conhecendo_toledo_3o_ano_2016_-_vf.pdf>. Acesso em: 19 de agosto 2019.

TOLEDO, PREFEITURA MUNICIPAL DE. **Mini-hospital realizou 21.826 atendimentos nos primeiros seis meses do ano**. 2018 Disponível em: <<http://www.toledo.pr.gov.br/noticia/mini-hospital-realizou-21826-atendimentos-nos-primeiros-seis-meses-do-ano>>. Acesso em: 21 de Agosto 2019.

TOLEDO, PREFEITURA MUNICIPAL DE. **Plano Municipal de Saneamento Básico (PMSB) de Toledo**. 2010. Disponível em <www.toledo.pr.gov.br/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/647_texto_integral>. Acesso em: 19 de agosto 2019.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, Dec. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022005000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 18 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>

VELLOSO, Valéria Barros. **Organização de demanda espontânea e programada e acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: um relato de experiência**. Universidade

Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2012.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. **Cuidar e humanizar:** relações e significados. Acta paul. enferm., São Paulo, v.24, n.3, p. 414-418, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>.